CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1904)

(Section de Chirurgie et Accouchements)

TITRES

ET

Travaux Scientifiques

DU

Dr Maurice PATEL

Chef de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

41, rue Bellecordière, 14

1904

TITRES SCIENTIFIQUES

EXTERNE DES HOPITAUX

(Concours de 1896)

INTERNE DES HOPITAUX

(Concours de 1897)

AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ

(Concours de mars 1900)

PROSECTEUR A LA FACULTÉ

(Concours de 1901)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

(Concours de 1902)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

(Concours de fin d'année)

1re année. — Mention très honorable, 1894-95.
2e année. — Prix (médaille d'argent), 1895-96.
3e année. — Prix (médaille d'argent), 1896-97.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE

1. — **Collaboration au précis d'anatomie descriptive.** Collection Testu Octave Doin, Paris, 1901. — Rédaction des livres : *Myologie, Angéiologie, Nevrologie périphérique.*

2. — **Le naso-pharynx.** *Province Médicale,* 23 août, 30 août 6 septembre 1902.

Etude spéciale des aponévroses au niveau du naso-pharynx, pour élucider la topographie et la marche des abcès rétro et latéro-pharyngiens.

3. — **Physiologie du voile du palais** (en collaboration avec M. Pellanda) *Journal de Physiologie et Pathologie générale,* janvier 1903.

Ayant eu l'occasion d'observer un malade porteur d'une vaste brèche faciale (Fig. 1), donnant accès dans le naso-pharynx, nous avons pu constater le fonctionnement du voile du palais. Nous avons décrit tous ses mouvements dans la respiration et la phonation ; dans la déglutition, nous avons pu nous rendre compte du phénomène connu et décrit sous le nom d'*élévation du voile*; le terme nous a semblé impropre, car il s'agit plutôt d'une constriction, presque spasmodique, du naso-pharynx dans son entier. Le voile, formant le plancher du naso-pharynx et étant rattaché à ses parties latérales par des faisceaux musculaires puissants, participe à ce resserrement et n'exécute pas seulement un mouvement de bascule autour du bord postérieur de la voûte palatine.

Fig. 1. — Malade sur lequel les mouvements du voile du palais pouvaient être étudiés.

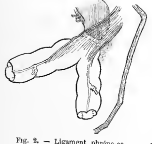


Fig. 2. — Ligament phréno-colique normal, avec ses deux faisceaux.

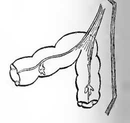


Fig. 3. — Ligament phréno-colique réduit à un seul faisceau.

4. — **Anatomie du ligament phréno-colique** (En collaboration avec M. le professeur agrégé Bérard). — *Revue de Chirurgie*, 10 mars 1903.

Recherches entreprises pour démontrer l'existence d'occlusions essentielles au niveau de l'angle gauche du colon. Nous avons trouvé deux types principaux :

a) L'un (Fig. 2), réalisé par deux faisceaux, venant s'insérer sur l'angle gauche même et sur la terminaison du colon transverse.

b) L'autre (Fig. 3), réalisé par un seul faisceau, aboutissant à l'angle gauche seul ; dans ce dernier cas, l'angle est plus aigu, et la prédisposition aux occlusions essentielles plus grande.

5. — **Sinus frontaux et ethmoïdaux anormaux.** — *Soc. des Sciences Médicales*, 5 et 19 février 1902.

6. — **Anomalie du sympathique cervical chez un nègre.** — *Soc. des Sciences Médicales*, 21 mai 1902.

Le sympathique était dans la même gaine que les vaisseaux du cou et accolé intimément au pneumogastrique. M. Jaboulay n'avait signalé une disposition analogue au cours d'une sympathectomie.

7. — **Anatomie du creux sus-sternal. Ganglions sus-manubriens** — *Lyon Médical*, 22 juillet 1900 ; *Gazette Hebdom.*, 16 septembre 1900 avec 3 figures.

8. — **Topographie de la vésicule biliaire par rapport à l'estomac** (Recherches pour la cholécystogastrostomie). — *In* Th. Perriu. Lyon 1901-1902.

9. — **La Prostate.** — *Province Médicale*, octobre et novembre 1904.

Etude anatomique et physiologique, d'après G. Valkers.

10. — **Topographie de l'espace rétro-rectal** (En collaboration avec M. Viannay). — *Gazette des Hôpitaux* et *Soc. des Sciences Médicales*, mars 1904.

Dans ces recherches, pratiquées sous l'inspiration de M. Jaboulay, nous avons déterminé la topographie et la capacité de l'espace rétro-rectal; nous avons vu, ce que la clinique avait déjà montré, que cet espace pouvait contenir un maximum de 250 grammes de sérum artificiel et que cette injection suffisait pour produire l'élongation des filets sympathiques.

11.— **Bourses séreuses superficielles du creux poplité** (En collaboration avec M. Viannay). — *Revue d'Orthopédie*, août 1903.

II.— MALADIES GÉNÉRALES.—TÊTE.— SYSTÈME SYMPATHIQUE.— COU.— RACHIS. — THORAX.

A. — MALADIES GÉNÉRALES

1. — **Placenta et syphilis post-conceptionnelle** (En collaboration avec M. Fabre).— *Arch. de Médecine expérimentale*, 6 septembre 1899, avec 8 figures.

Au cours de notre internat chez le Pr Fochier, M. Fabre m'a associé à ses travaux sur les lésions du placenta dans les syphilis post-conceptionnelles. Nous avons recherché si les placentas de malades infectées à différentes époques de leur grossesse, présentaient des lésions indubitables de syphilis. Trois placentas, provenant de femmes contagionnées à diverses périodes de la grossesse, ont été reconnus comme indiscutablement syphilitiques (fig. 4), ce qui confirme la loi que Colles avait formulée en se basant uniquement sur des données cliniques.Ces lésions, semblables à celles du placenta syphilitique, sont généralisées au placenta maternel, au placenta fœtal, aux membranes; leur intensité semble être en rapport, non pas avec l'ancienneté de la contagion mais avec la malignité même de l'infection.

L'enfant, né dans de semblables conditions, devra être considéré comme syphilitique; c'est dire qu'il sera confié à la mère et soumis au traitement spécifique.

2.— **Deux cas d'hypertrophie du tissu lymphoïde, traités par la quinine.** *Gazette Hebdomadaire*,16 décembre 1900.

Il s'agit de deux malades,dont l'un avait une lymphadénie avec de volumineuses masses ganglionnaires et,l'autre, une splénomégalie

énorme (maladie de Banti probable). M. Jaboulay fit pratiquer des injections sous-cutanées de sulfate de quinine. Chez le premier malade, les masses ganglionnaires, sans disparaître complètement, s'atténuèrent beaucoup. Chez le second malade, la diminution de volume de la rate fut d'une rapidité surprenante et la guérison s'est maintenue.

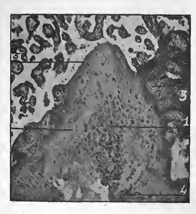


Fig. 4. — Syphilis post conceptionnelle — 1. Cellules déciduales normales. — 2. Fibrine interposée entre les cellules. — 3. Villosité comprimée dans un infarctus blanc. — 4. Cellules déciduales proliférées. — 5. Limite très irrégulière de la caduque.

3. — **Traitement des brûlures par les injections de sérum artificiel.** — *Lyon Médical*, 3 novembre 1898 et *Soc. des Sciences Médicales*.

Chez un malade de M. Cordier, présentant des brûlures étendues, j'ai essayé des injections massives de sérum artificiel, pour lutter contre les phénomènes d'intoxication. L'état général s'est amélioré, mais la mort est survenue un mois après, à la suite d'une bronchopneumonie.

B. — CRANE. — ENCÉPHALE

1. — FRACTURES DU ROCHER

a). **Revue Générale.** — *Gazette des Hôpitaux*, 5 et 12 avril 1899.

b). **Recherches expérimentales sur certaines variétés de fractures isolées du rocher.** — *Soc. des Sciences Médicales*, 9 juillet 1902; *Revue de Chirurgie*, 10 juillet 1903, p. 483, 508, avec 2 figures.

Les fractures du rocher les plus nombreuses sont incontestablement des fractures irradiées de la voûte à la base, et leur mécanisme a été définitivement fixé par les travaux d'Aran, de Trélat, de Félizet; dans un travail d'ensemble, je n'ai fait qu'appliquer les conclusions de ces auteurs, avec un essai de classification, en ce qui concerne le rocher.

Mais, à côté de cette catégorie de fractures, il en est d'autres dont l'existence et le mécanisme prêtent à discussion ; ce sont les *fractures isolées du rocher*, c'est-à-dire celles dont le trait est sans relation aucune avec un trait venu de la voûte.

Existent-elles, tout d'abord? Aran, Félizet, Perrin, Otto Messerer mentionnent cette variété de fracture pour les voûtes orbitaires, mais ne parlent nullement du rocher. J'en ai relevé sept cas, incontestables, dans la littérature médicale et, au sujet d'un malade observé dans la clinique du professeur Jaboulay, j'ai cherché, sur les indications de mon maître, à vérifier si le rocher ne pouvait pas se comporter comme une pièce indépendante de la base du crâne, s'il ne pouvait se briser par action directe portée sur lui; cette hypothèse, émise déjà par le professeur Tillaux, n'avait jamais été vérifiée.

J'ai entrepris de réaliser des fractures isolées du rocher sur des têtes pleines, par la *pression directe*, limitée exactement à la base du rocher et exercée par les mors d'un étau. J'ai pressé suivant le diamètre bi-mastoïdien et le diamètre mastoïdo-orbitaire; je n'ai pu obtenir que des fractures irradiées de la voûte à la base.

J'ai utilisé alors le *choc brusque*, avec un marteau de dimensions égales à celles de la base du rocher, et j'ai obtenu dans ces conditions, des fractures isolées. Dans les cas de choc suivant le diamètre mastoïdo-orbitaire, la *fracture perpendiculaire isolée* a été réalisée; dans les cas de choc suivant le diamètre bi-mastoïdien, j'ai produit soit la *fracture parallèle isolée*, soit la *fracture perpendiculaire isolée*.

Dans toutes ces expériences, la pointe du rocher fut broyée, désinsérée ou arrachée, ce qui explique l'inconstance de la paralysie de la sixième paire dans ces traumatismes.



Fig. 5. — Pièce sur laquelle la fracture perpendiculaire isolée du rocher a été réalisée (choc brusque suivant le diamètre mastoïdo-orbitaire).

J'ai donc conclu que le rocher pouvait se *fracturer isolément* et que, dans la plupart des cas, sauf peut-être pour les petits traits isolés siégeant au niveau du toit de la caisse du tympan, la

théorie un peu énigmatique du contre-coup devait être remplacée par celle du *choc direct* ; le rocher pouvant se briser par tassement, éclatement ou arrachement.

2 — **Paralysies multiples des nerfs craniens, à la suite d'un traumatisme.** — *Société des Sciences Médicales*, 12 février 1904.

3.— **Plaie par balle de la région temporale. — Destruction du ganglion de Gasser.** — *Société des Sciences Médicales*, 16 décembre 1903.

Le diagnostic exact du siège de la balle avait été fait en raison d'une hémianesthésie nette de la face, sans aucun autre trouble nerveux. L'intervention, pratiquée par le Pr Jaboulay, ne put mettre à l'abri de la méningo-encéphalite. L'autopsie confirma exactement le diagnostic du siège de la balle, qui se trouvait dans le cavum de Meckel et avait détruit le ganglion de Gasser, en épargnant la branche motrice.

4. — **Ostéomyélite de l'occipital.** — *Société des Sciences Médicales*, 25 juillet 1900. — *Province Médicale*, 29 septembre 1900.

Cas très rare, survenu chez un jeune homme de 18 ans, avec symptômes généraux graves. L'intervention, pratiquée par M. Jaboulay, montra un sequestre gothique de l'occipital, tout à fait caractéristique, avec intégrité de la dure-mère. La guérison fut complète.

5. — **Tumeur du lobe frontal gauche. Automatisme ambulatoire. Troubles psychiques.** — *Société des Sciences Médicales*, 7 février 1900 ; *Archives Générales de Médecine*, août 1900.

Observation intéressante d'un gliome du lobe frontal gauche, qui ne s'est révélé que par des troubles psychiques, de l'automatisme ambulatoire, sans aucun trouble moteur. Nous avons mis en relief, à propos de ce cas, deux points de l'histoire des tumeurs cérébrales sur lesquels M. Jaboulay a souvent insisté devant nous.

a). L'importance de la *douleur fixe* dans le diagnostic du siège des tumeurs cérébrales, surtout en l'absence de troubles moteurs. Cette observation l'a entièrement démontrée.

b). La nécessité d'intervenir dans le cas de tumeur cérébrale, dût-on ne pouvoir l'extirper ; car, par la trépanation, on crée une véritable *cicatrice à filtration*, qui laisse échapper du liquide

céphalo-rachidien, et fait disparaître les troubles résultant de l'excès de tension à l'intérieur de la cavité cranienne.

6. — **Thrombose totale des sinus de la dure mère.** — *Société des Sciences Médicales*, novembre 1898 ; *Lyon Médical*, 3 novembre 1898.

Malade observé dans le service de M. Vincent ; la mort survient à la suite d'une résection de la hanche; on trouve tous les sinus de la dure mére, sans exception, avec des lésions de tromboplébite indiscutable.

C. — SYSTÈME SYMPATHIQUE.

1. — **Les interventions dirigées sur le sympathique pelvien** (Indications, manuel opératoire) (En collaboration avec M. Viannay).— *Gazette des Hôpitaux*, 26 mars 1904.

Dans cette étude générale nous avons condensé les données que l'on possède sur la chirurgie du sympathique pelvien, telle que l'a conçue M. Jaboulay.

Les troubles qui dépendent du sympathique pelvien, peuvent siéger, soit dans les viscères pelviens (névralgie pelvienne de la femme et de l'homme,certaines incontinences essentielles d'urine), soit dans les membres inférieurs (certaines sciatiques, arthralgies sympathiques).

Dans la thérapeutique de toutes ces affections, M. Jaboulay s'est adressé uniquement au sympathique pelvien dont les branches et les ganglions sont placés en arrière et de chaque côté du rectum, et non aux racines rachidiennes, comme dans la méthode épidurale.

Le décollement du rectum a, tout d'abord, été utilisé; mais, depuis deux ans, M. Jaboulay emploie plus volontiers les *injections rétro-rectales de sérum artificiel*, qui ont pour but de produire l'élongation des rameaux sympathiques; il s'agit là d'une opération insignifiante que l'on peut répéter sans aucun danger.

Les résultats de cette chirurgie ont été signalés dans la *Chirurgie du sympathique*; nous n'avons fait qu'y ajouter ceux des injections rétro-rectales ; ces derniers confirment les premiers et viennent compléter la liste des affections que l'on a pu ainsi traiter. Grâce à l'inocuité de la méthode, nous l'avons utilisée, sur les indications de notre maître, dans les névralgies du petit bassin et du membre inférieur, dans les troubles trophiques, dans l'*incontinence d'urine*; dans tous ces cas, notamment dans

cette dernière affection, les résultats ont été des plus encourageants. Un malade atteint de névrite du moignon a vu ses douleurs cesser et la cicatrisation s'est effectuée complètement. Tous ces faits montrent, une fois de plus, l'intérêt des affections qui sont placées sous la dépendance de lésions ou de troubles du sympathique, et l'importance qui s'attache à agir directement sur lui.

2.—**Epilepsie essentielle traitée par la section du sympathique cervical.** *Société de Médecine*, 18 janvier 1904.

Jeune homme chez lequel M. Jaboulay pratiqua la résection unilatérale du ganglion cervical supérieur. Les crises, qui survenaient plusieurs fois chaque jour, n'avaient pas reparu le quinzième jour après l'opération.

D. — COU. — FACE.

CORPS THYROÏDE

1. — **Goître à noyaux. Enucléation intra-glandulaire après section de l'isthme.** — *Société des Sciences Médicales*, 6 juin 1900.

Cette observation a été présentée dans le but de montrer la nécessité de l'*incision franche et souvent profonde* du tissu thyroïdien, pour arriver à pratiquer l'énucléation intra-glandulaire, l'opération idéale dans le goître à noyaux. Dans ce cas, M. Jaboulay dut sectionner l'isthme en entier, pour extirper un noyau adhérent à la trachée et dont l'ablation aurait été difficile et dangereuse par toute autre voie.

2. — **Hémorrhagie intra-kystique thyroïdienne. Enucléation intra-glandulaire.** — *Société des Sciences Médicales*, 3 décembre 1902.

3. — **Kysto hydatique thyroïdien.** — *Société des Sciences Médicales*, 10 juin 1903.

Cas très rare de kyste hydatique de l'isthme thyroïdien; extirpation complète de la tunique adventice. Vérification de la nature par l'examen microscopique du liquide et de la poche.

4. — **Goîtres basedowifiés. — Enucléation intra-glandulaire.** — *Société des Sciences Médicales*, 10 janvier 1900. — *Province Médicale*, 10 février 1900. — *Société des Sciences Médicales*, 4 avril 1900.

J'ai rapporté ces différentes observations, sur les indications de M. Jaboulay, pour montrer que quelques goîtres à noyaux

peuvent donner lieu secondairement au syndrôme de Basedow; ce sont des maladies de Basedow d'origine et de cause thyroïdiennes. Il est alors logique, pour les traiter, de s'adresser à la cause, c'est-à-dire au noyau thyroïdien et non pas au sympathique cervical; la section de ce nerf constitue le meilleur traitement du goître exophtalmique, seulement si la cause est inaccessible ou passe inaperçue (maladie de Basedow essentielle). Dans ces différents cas, M. Jaboulay fit l'énucléation intra-glandulaire et, après l'ablation de cette épine thyroïdienne, les phénomènes de basedowisme disparurent.

5. — **Tumeurs bénignes du corps thyroïde donnant des métastases.** — *Revue de Chirurgie*, 10 mars 1904 (p. 398-429).

Au mois de novembre 1903, M. Jaboulay extirpa une tumeur maligne osseuse du rebord orbitaire gauche ; l'examen histologique, que pratiqua M. Gayet, démontra, d'une façon aussi éclatante qu'inattendue, la structure typique d'une tumeur d'origine thyroïdienne ; la malade, âgée de 65 ans, était porteur d'un vieux goître fibreux qui n'avait nullement varié depuis sa jeunesse, et que l'on pouvait qualifier de tumeur bénigne. Comment une tumeur bénigne thyroïdienne avait-elle pu donner une métastase, et une métastase maligne?

J'ai recherché dans la littérature médicale des cas semblables ; j'en ai rencontré dix-huit non douteux et, de leur étude, j'ai pu tirer les conclusions suivantes :

a). Le goître, la tumeur bénigne thyroïdienne, peut donner des métastases, fait signalé depuis bien longtemps.

b). Ces métastases paraissent se localiser surtout dans le système osseux.

c) Elles peuvent venir, d'une façon certaine, d'un noyau thyroïdien, cliniquement et anatomiquement bénin ; la richesse du corps thyroïde en capillaires sanguins et lymphatiques, la structure particulière de certaines variétés de goîtres (goître colloïde surtout) expliquent aisément leur production.

d). Arrivés dans un point quelconque de l'organisme, ces noyaux évoluent pour leur propre compte : ils peuvent rester bénins, mais peuvent aussi subir la transformation maligne.

Certaines maladies infectieuses, comme le faisait remarquer M. Jaboulay, ont une évolution analogue. Une synovite sèche tuberculeuse d'une articulation, par exemple, donnera naissance à des ganglions de même nature qui pourront arriver à la suppu-

ration. Il y a une ressemblance complète dans la marche de ces métastases, venues d'un goître bénin.

6. — **Deux cas de goitres cancéreux.** — *Gazette des Hôpitaux*, février 1901 (avec 2 figures).

Deux observations de cancers thyroïdiens, si fréquemment observés dans la région lyonnaise. A remarquer que quelques-uns, comprimant le sympathique, peuvent donner naissance à de la paralysie de ce nerf. La cachexie se produit très rarement de



Fig. 6. — Cancer thyroïdien avec basedowisme secondaire.

bonne heure dans le cancer thyroïdien, en raison de la persistance et même de l'exagération, notée dans un cas, de la sécrétion thyroïdienne ; cette exagération de la sécrétion thyroïdienne a donné lieu alors à des phénomènes de Basedow très accusés. (Fig. 6).

7. — **Ancienne résection du maxillaire inférieur sans prothèse.** — *Société des Sciences Médicales*, 14 mars 1900.

Résection faite par M. Jaboulay, six ans auparavant, chez une petite fille de 8 ans, pour tumeur maligne. Résultat fonctionnel et esthétique parfait, malgré l'absence de prothèse.

8. — **Résection partielle du maxillaire inférieur pour sarcome** (avec prothèse). — *Société des Sciences Médicales*, 4 février 1903.

9. — **Angiolithes dans un hémangiome de la langue.** — *Société des Sciences Médicales*, 23 novembre 1903.

10. — **Kyste dermoïde adhyoïdien.** — *Archives provinciales de chirurgie*, mars 1901.

11. — **Adénites manubriennes.** — *Lyon Médical*, 22 juillet 1900 ; *Gazette Hebdomadaire*, 16 septembre 1900.

Ganglions tuberculeux, siégeant au-dessus du manubrium, dans l'espace sus sternal. Sur les conseils de M. Jaboulay, nous avons recherché ces ganglions sur le cadavre et nous avons pu vérifier leur existence.

E. — RACHIS. — THORAX

1. — LUXATIONS DE LA COLONNE CERVICALE

a) **Deux cas de luxation de la colonne cervicale** (En collaboration avec M. Viannay). — *Gazette des Hôpitaux*, 6 août 1903.

b) **Luxation ancienne de la colonne cervicale. — Paralysie radiculaire inférieure double** — *Société des Sciences Médicales*, 28 décembre 1903.

Deux de ces cas ont trait à des *luxations anciennes* de la colonne cervicale, présentant des troubles nerveux assez particuliers ; dans le premier, on notait un syndrôme de Brown-Sequard typique ; dans le second, une paralysie radiculaire inférieure double, que l'on pouvait attribuer soit à une compression partielle de la moelle, soit à un arrachement des racines nerveuses.

Le troisième cas était une *luxation récente* de la colonne cervicale ; M. Jaboulay en fit la réduction : la guérison fut complète.

2. — **Lipome de la moelle.** — *Société des Sciences Médicales*, 25 juillet 1900.

Lipome occupant toute la région dorso-lombaire de la moelle ; pendant la vie il avait donné lieu à des phénomènes de contracture dans les membres inférieurs, ce qui avait fait considérer le malade comme un simulateur. Ce malade, un jeune homme de 19 ans, mourut subitement après avoir présenté une cyanose

généralisée et des troubles bulbaires. A l'autopsie, on trouva ce volumineux lipome qui occupait la place de la substance grise.

3. — **Ostéosarcome du sacrum. Extirpation.** — *Société des Sciences Médicales*, 29 novembre 1899.

Extirpation totale du sacrum, pratiquée par M. Jaboulay ; guérison opératoire parfaite ; la récidive se produisit quelques mois après.

4. — **Plaie du cœur non pénétrante ; plaie pénétrante du poumon par balle. Hémothorax. Mort subite au 10e jour** (En collaboration avec M. Cavaillon). — *Bulletin Médical*, 28 mars 1903.

La mort subite parait être due, dans ce cas, à des phénomènes réflexes observés, du reste, au cours d'épanchements pleuraux ; on trouva, à l'autopsie, une plaie du cœur non pénétrante, qui n'avait donné lieu à aucun symptôme pendant la vie, et un hémothorax peu abondant, en voie de résorption.

5. — **Néoplasme du sein. Acétonurie. Opération de Beatson.** — *Société des Sciences Médicales*, 23 novembre 1903.

Cancer inopérable du sein gauche ; les urines contenaient de l'acétone, et on vit se développer, sur la surface du néoplasme, une phlyctène analogue à celle d'une brûlure. M. Jaboulay fit, chez cette malade, la castration double *(opération de Beatson)* ; il n'y eut aucune modification du côté de la tumeur ; la mort survint au bout de quatre mois.

III. CHIRURGIE GASTRO-INTESTINALE

A. — ESTOMAC

1. — **Gastrectomie totale faite pour linite plastique** (En collaboration avec M. Gayet). — *Archives générales de Médecine*, mars 1904, avec 4 figures.

Nous rapportons, dans cette étude, une *ablation de la totalité de l'estomac*, réalisée par M. Jaboulay, dans un cas de linite plastique. Opération très rarement pratiquée, suivie d'un plein succès: il fut laissé de l'estomac une toute petite portion de la région cardiaque, destinée à faciliter l'anastomose; celle-ci fut faite sur la première portion du jéjunum, avec le bouton anastomotique de Jaboulay, après fermeture du duodénum et de l'entonnoir cardiaque. L'opération dura 42 minutes.

Nous avons signalé les principales gastrectomies totales qui ont été pratiquées et auxquelles Beckel vient de consacrer un long mémoire; il résulte de cette étude et de l'observation que nous rapportons, qu'il s'agit là d'une opération parfaitement compatible avec la vie; notre malade a engraissé, elle est seulement obligée de faire plusieurs repas, mais la digestion est complète; la circulation de la bile et des aliments reste entièrement normale.

2. — **Gastrectomies partielles.** — *Société des Sciences Médicales* 24 juin 1903 et Thèse de Beyle, Lyon, 1903-1904.

Il s'agit de plusieurs observations de gastrectomies, faites par M. Jaboulay, pour cancer de la région pylorique. D'après les cas que nous avons pu voir et ceux que nous avons rassemblés, l'abouchement terminal du duodénum à la face postérieure de l'estomac (*procédé de Kocher*) semble le procédé de choix; il n'est cependant pas toujours possible et on doit souvent recourir au *procédé de Billroth, 2e manière*. Les statistiques qui ont été dressées dans la thèse de Beyle sont en faveur du procédé de Kocher.

3. — **Sténoses pyloriques néoplasiques. Gastro-entéro-anastomoses postérieures trans-méso-coliques, au bouton anastomotique.** — *Société des Sciences Médicales*, 21 février, 9 mai, 23 mai 1900.

Malades présentés pour montrer le bon fonctionnement du nouveau pylore, établi au moyen du bouton anastomotique.

B. — FOIE ET VOIES BILIAIRES

1. — CHOLÉCYSTO-GASTROSTOMIE DANS LE CANCER DE LA TÊTE DU PANCRÉAS

a) **Cholécysto-gastrostomie pour cancer du pancréas** — *Société des Sciences Médicales*, 14 novembre 1900.

b) **Trois cas de cholécysto-gastrostomie pour tumeurs de la tête du pancréas.** — *Lyon Médical*, octobre 1900 et Th. de Perrin, Lyon, 1901-1902.

c) **Autopsie d'un cas de cholécysto-gastrostomie.** — *Société des Sciences Médicales*, 9 janvier 1901.

d) **Néoplasme pancréatique; cholécysto-gastrostomie faite cinq jours après le début de l'ictère.** — *Société des Sciences Médicales*, 9 décembre 1903.

Dans cette série de mémoires et de présentations, j'ai essayé de justifier, suivant les idées de M. Jaboulay, l'emploi de la cholécysto-gastrostomie, dans les cas de tumeur de la tête du pancréas amenant une occlusion irrémédiable du cholédoque

Il s'agit assurément d'une opération toute palliative, et on lui a opposé l'anastomose de la vésicule avec le colon, avec l'intestin grêle, avec le duodénum. L'anastomose colique est inutile, car elle déverse la bile à la terminaison de l'intestin.

L'anastomose avec le duodénum est assurément le procédé le plus physiologique, mais son exécution est difficile, parfois même impossible, si bien que beaucoup de chirurgiens lui ont substitué la *cholécystentérostomie*. Cette dernière opération est plus facile, mais elle expose à l'infection de la vésicule biliaire et à la coudure de l'intestin grêle.

C'est comme étant une opération plus simple à exécuter et tout aussi physiologique, que M. Jaboulay défend la *cholécysto-gastrostomie*; la vésicule, distendue, se laisse amener sur la face antérieure de l'estomac; l'anastomose est réalisée avec le bouton anastomotique

de Jaboulay; l'opération est ainsi grandement facilitée, ce qui est loin d'être à dédaigner chez les cachectiques.

Contrairement à ce que croyaient au début les chirurgiens, se rapportant aux données de la physiologie, *la bile est parfaitement tolérée dans l'estomac* et n'arrête nullement la digestion; aucun des malades n'a vomi. Après la cholécysto-gastrostomie, l'ictère cesse, si le foie n'est pas entièrement cirrhotique; on a vu des malades engraisser; l'autopsie a montré, dans un cas, que la vésicule s'était étirée et formait un long canal parfaitement perméable (Fig. 7).

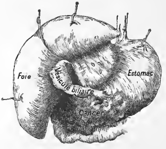


Fig. 7. — Autopsie d'un cas de cholécystogastrostomie, pratiquée par M. Jaboulay.

Ces malades meurent de cachexie, mais souvent aussi de phénomènes de sténose duodénale, consécutive à l'accroissement de la tumeur pancréatique; c'est pourquoi M. Jaboulay propose de pratiquer, en même temps que la cholécystogastrostomie, la gastro-entéro-anastomose,ce qui n'allongerait que de très peu l'opération.

2. — Trois cas de foie infectieux simulant l'abcès du foie. Ponctions hépatiques. — *Lyon Médical*, 28 juin 1903.

J'ai attiré l'attention, dans ce mémoire, sur une forme d'infection hépatique, que M. Jaboulay avait été le premier à signaler en 1897. Il s'agit de malades qui présentent d'une façon manifeste la symptomatologie d'un abcès du foie, avec ses oscillations thermiques caractéristiques; le foie est augmenté de volume.Après la

laparotomie, on est surpris que la ponction ne revèle aucun foyer suppuré ; les ponctions ont été *répétées*, par M. Jaboulay, dans le but de décongestionner le foie. Ces *saignées hépatiques* eurent un plein succès dans les trois cas que je rapporte.

3. — **Trois cas d'abcès du foie ouverts par voie transpleurale.**— *Gazette Hebdomadaire*, 16 juin 1901.

4. — **Calculs du cystique. Cholécystotomie. Exocholécystopexie.** — *Société des Sciences Médicales*, 5 décembre 1900 ; *Gazette Hebdomadaire*, 27 janvier 1901, avec 1 figure.

Procédé utilisé par M. Jaboulay, pour éviter une cholécystectomie difficile ; la vésicule est attirée puis fixée au dehors et, peu à peu, on voit l'organe regagner l'abdomen. C'est une méthode analogue à celle du retournement des poches d'hydronéphrose.

5. — **Néoplasme des voies biliaires. Résection. Anastomose du canal hépatique et du cholédoque.** — *Société de Médecine*, 7 décembre 1903.

Tentative d'anastomose des voies biliaires pratiquée par M. Jaboulay dans un cancer du cholédoque ; la malade succomba peu après.

C. — TUBERCULOSES CHIRUGICALES ET RÉTRÉCISSEMENTS DE L'INTESTIN GRÊLE

1. — **LES TUBERCULOSES CHIRURGICALES DE L'INTESTIN GRÊLE.** — Thèse de Lyon 1901-1902. Ballière, 265 pages, 22 figures.

A. — Mémoires écrits sur le même sujet.

a) **Entéro-sténoses multiples tuberculeuses. Entéro-anastomose. Guérison.**— *Gazette hebdomadaire*, 1er juillet 1900.

b) **Les rétrécissements multiples tuberculeux de l'intestin grêle.** — *Lyon-Médical*, février-mars 1901.

c) **Des résections étendues de l'intestin grêle, en particulier dans la tuberculose intestinale.** — *Province Médicale*, 11 janvier 1902.

B. — Présentations de malades et de pièces.

a) **Sténose tuberculeuse unique de l'intestin grêle (type hypertrophique). Entérectomie. Guérison.** — *Soc. des Sc. Medicales*, 27 décembre 1899.

b) **Tuberculose entéro-péritonéale. Sténoses multiples. Entéro-anastomose.** — *Soc. des Sc. Médicales*, 26 décembre 1900.

c) **Rétrécissements multiples tuberculeux du grêle. Entéro-anastomose. Guérison.** *Soc. de Médecine*, 27 juillet 1903.

L'ensemble de ces travaux est basé sur 105 observations, dont 6 inédites, recueillies dans le service du Pr Jaboulay. A l'époque où il m'a été donné d'étudier auprès de mon maître les premiers malades, dès l'année 1899, les notions que l'on venait d'acquérir pour la tuberculose du gros intestin (Pillet, Hartmann) étaient déjà appliquées à l'intestin grêle. Aussi ai-je laissé complètement de côté les problèmes d'ordre général que pouvait soulever la question de la tuberculose de l'intestin grêle. Je n'ai retenu que ces faits aujourd'hui prouvés : la localisation possible de la tuberculose en dehors de lésions pulmonaires ou autres, cliniquement appréciables, son polymorphisme et sa guérison possible.

C'est en m'appuyant sur ces idées directrices que j'ai essayé de présenter l'état actuel de nos connaissances sur ces manifestations tuberculeuses de l'intestin grêle.

Cette étude comprend deux parties principales : l'une, anatomo-pathologique et clinique, destinée à préciser les indications de la décision et de l'acte opératoire ; l'autre, chirurgicale, destinée à apprécier les différentes méthodes utilisées.

A. — Au point de vue anatomo-pathologique j'ai distingué quatre types très divers, sinon comme aspect, du moins comme indications thérapeutiques qui peuvent en découler :

1° *La tuberculose cicatricielle sténosante*, résultant de la cicatrisation d'un ulcère tuberculeux, dirigé le plus souvent perpendiculairement au grand axe de l'intestin ; ce rétrécissement, véritable diaphragme, très serré, siège avec prédilection dans la région iléo-cæcale ; il est formé de tissu fibreux franc ; quelquefois, cependant, à son voisinage, on rencontre des lésions en évolution, à des stades différents.

2° La *tuberculose hypertrophique*, caractérisée essentiellement, comme au niveau du gros intestin, par une réaction intense de tissu conjonctif, masquant souvent les lésions tuberculeuses, au point de les faire passer complètement inaperçues. Plus souvent que la précédente, elle siège dans la partie moyenne du jéjunum. Comme sur le gros intestin, elle ressemble au cancer, et se présente sous forme d'une virole épaisse, irrégulière, créant un défilé tortueux et étroit.

3° La *tuberculose entéro-péritonéale*, dans laquelle on trouve, au voisinage des lésions précédentes, une réaction du péritoine qui peut donner ainsi naissance, soit à des brides fibreuses (*sténoses extrinsèques*), soit à des abcès (fistules pyo-steroorales consécutives).

4° Les *rétrécissements multiples* qui constituent une forme des plus fréquentes; on a pu trouver jusqu'à 30 rétrécissements; une malade de M. Jaboulay en présentait 16. Chacun de ces rétrécissements peut affecter soit le type cicatriciel, soit le type hypertrophique. Cependant, on peut voir des *rétrécissements fibreux d'emblée*, que l'on a comparés au lupus (Sachs).

Toutes ces lésions peuvent se compliquer soit d'adhérences, soit de perforations, le plus souvent dans un péritoine cloisonné, soit d'*invagination intestinale*, qui semble se produire avec une certaine prédilection dans la tuberculose intestinale, même lorsqu'il n'y a qu'une simple ulcération.

B. — Au point de vue symptomatique j'ai seulement fait ressortir, dans ce tableau clinique, si bien décrit déjà par les anciens observateurs, les particularités permettant de poser le diagnostic et l'indication opératoire. J'ai rappelé les *signes fonctionnels* du côté du tube digestif (vomissements, diarrhée, signes d'obstruction lente), la sensation, souvent absente, de tumeur mobile dans l'abdomen, mais, en première ligne, l'*accès douloureux* si frappant pour le malade et pour l'observateur, avec sa douleur fixe, intermittente, qui commence en même temps que la tension localisée de l'abdomen et cesse avec les bruits musicaux, avec son péristaltisme localisé, parfois étagé (rétrécissements multiples), qui vient indiquer au chirurgien la lutte de l'intestin contre la sténose.

C'est ce dernier signe qui, bien constaté, entraînera le plus souvent le diagnostic.

C. — Au point de vue thérapeutique je me suis basé sur les 79 observations qui avaient été suivies d'interventions chirurgicales.

On a dû se borner, quelquefois, devant l'étendue des lésions, à la seule *laparotomie* et, chez une malade, les signes de sténose ont diminué, comme si l'opération avait eu le résultat de faire cesser un spasme. L'*entéroplastie* a été tentée, mais elle doit être rejetée.

Deux interventions seulement doivent entrer en ligne de compte: l'opération radicale, l'*entérectomie*; l'opération palliative, l'*en-*

téro-anastomose. J'ai discuté quelques points de leur technique, mais je me suis attaché surtout à préciser leur valeur et leurs indications réciproques.

D'après la statistique, l'entérectomie est plus meurtrière (31 cas avec 7 morts, soit 23 %); l'entéro-anastomose est plus bénigne (26 cas avec 4 morts, soit 15 %).

Mais les formes anatomiques sont si variables, les conditions relevant de l'état général du sujet sont si différentes qu'il est impossible de donner des formules uniques et, me basant sur les malades que M. Jaboulay avait opérés devant moi, j'ai posé quelques conclusions, qui reflètent les idées de mon maître.

a) Un certain nombre de cas ne prêtent nullement à discussion ; si la lésion est peu étendue, mobile, si l'état général est satisfaisant, on fera l'*entérectomie* ; si la lésion est volumineuse, adhérente, si l'état général est faible, on fera l'*entéro-anastomose*.

b) D'autres cas — et ce sont les plus nombreux — ont trait à des lésions qui seraient, anatomiquement parlant, extirpables, mais dont l'ablation ne laisserait pas d'être dangereuse. J'ai rassemblé un grand nombre de *résections très étendues d'intestin ;* Kœberlé, en 1880, enlevait deux mètres d'intestin grêle tuberculeux, en sept séances; et récemment, on extirpait trois mètres du tube intestinal sans aucun inconvénient pour la vie du malade.

D'après l'enseignement de M. Jaboulay j'ai montré que, *dans ces cas intermédiaires*, l'opération palliative suffisait. Ne répond-elle pas à l'indication principale du rétablissement de la circulation intestinale ? Ne met-elle pas la lésion au repos et l'on sait que la tuberculose guérit, et n'évite-t-elle pas un traumatisme opératoire bien moindre, rarement suivi d'infection secondaire ? Je rapportais encore récemment à la Société de Médecine, l'observation d'un jeune homme de 19 ans, chez lequel M. Jaboulay pratiqua une entéro-anastomose pour trois rétrécissements tuberculeux ; la guérison est complète, surprenante, et la lésion semble avoir disparu.

Convaincu de la nécessité dans laquelle le chirurgien se trouvera souvent de pratiquer une opération palliative, j'ai envisagé, tout théoriquement du reste, si l'*exclusion intestinale* pouvait être de quelque utilité dans les tuberculoses fermées de l'intestin grêle.

Rejetant l'exclusion bilatérale qui, fermée, est inapplicable, qui, ouverte, constitue une véritable infirmité, j'ai retenu l'*exclu-*

sion unilatérale qui peut s'employer dans les circonstances suivantes :

a) Si la lésion siège uniquement sur l'intestin grêle, on devra préférer la simple entéro-anastomose, car l'exclusion unilatérale, opération plus complexe, ne supprime aucunement le reflux des matières au niveau de la lésion (fig. 8 et 9).

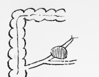


Fig 8. — Exclusion unilatérale de l'intestin grêle, à rejeter.

Fig. 9. — Entéro-anastomose à pratiquer dans les cas de lésion siégeant sur l'intestin grêle.

Fig. 10. — Exclusion unilatérale du gros intestin que l'on peut pratiquer lorsque la lésion siège au voisinage de région iléo-cœcale.

b) Si la lésion est voisine du cœcum, on pourra faire l'exclusion unilatérale avec abouchement iléo-iliaque (fig. 10) ; c'est la façon la plus efficace (nous ne voulons pas dire toujours efficace) pour empêcher le reflux des matières au niveau de la valvule de Bauhin.

Ces données n'ont pu être mises encore en pratique et il est impossible de juger de leur valeur ; néanmoins ce sont là des methodes que le chirurgien pourra avoir à sa disposition dans les cas, si complexes, qui peuvent s'offrir à lui.

J'ai également insisté sur le traitement de quelques complications survenues au cours de la tuberculose de l'intestin grêle : les *fistules pyo-stercorales* (voir ci-dessous); l'*occlusion aiguë*, justiciable de la laparotomie précoce ; la *section des brides* ; l'*invagination*, qui a pu être réduite, dans un cas, par M. Jaboulay ; la *perforation* qui sera souvent au-dessus des ressources chirurgicales.

2. — RÉTRÉCISSEMENTS DE L'INTESTIN GRÊLE EN GÉNÉRAL.

a) **Rétrécissements du duodénum** (En collaboration avec M. GRANGE). *Gaz. des Hôpitaux*, septembre 1900. — *Revue générale*.

b) **Les rétrécissements multiples de l'intestin grêle.** — *Revue de Gynécologique et de Chirurgie abdominale*, janvier 1902.

J'ai écrit ces mémoires comme complément à l'étude des rétrécissements tuberculeux de l'intestin.

Au niveau du duodénum, j'ai relaté l'absence presque constante des rétrécissements tuberculeux (on n'en a signalé que quelques cas douteux au niveau du pylore et du duodénum), la fréquence des rétrécissements inflammatoires (suite d'ulcère, par exemple) ou des rétrécissements néoplasiques. Leur symptomatologie est assez particulière, suivant qu'ils sont sus ou sous-vatériens.

Au point de vue opératoire, j'ai insisté sur l'impossibilité des opérations radicales, tenant surtout à la fixité du duodénum, la possibilité des opérations palliatives, dont la gastro-entéro-anastomose réalise le type le plus parfait. Au sujet d'un ulcère cicatrisé, pour lequel M. Jaboulay fit une *duodénoplastie*, j'ai pu rassembler plusieurs cas analogues et discuter les mérites de cette opération ; la guérison de l'ulcère a été obtenue, mais la récidive de la sténose est fréquente et il semble que la gastro-entérostomie soit préférable, surtout si l'ulcère est cicatrisé.

Sur le trajet du jéjuno-iléon, les rétrécissements tuberculeux sont de beaucoup les plus nombreux (67 cas pour 103 rétrécissements, soit plus des deux tiers) ; les autres peuvent se répartir comme suit :

Syphilis	11 cas	Cancer	11 cas
Dysenterie	1 cas	Typhus	1 cas
Origine congénitale	1 cas	De nature inconnue	11 cas

Le tableau clinique est le même dans tous les cas, sauf pour les rétrécissements néoplasiques, qui donnent en même temps des signes évidents de cachexie ; aussi, le diagnostic est souvent impossible, même au moment de l'opération ; le contrôle microscopique est nécessaire pour reconnaître la nature de l'affection. Au point de vue opératoire, les conclusions sont celles que j'ai indiquées pour la tuberculose ; aussi, je n'y reviens pas.

3. — **ÉTUDE DU SEGMENT SUS-JACENT A UNE STÉNOSE INTESTINALE.** — *Lyon Medical*, 21 janvier 1900.— *Thèse de Lyon*, 1901.— *Revue de Chirurgie*, mars 1901 (avec 5 figures).

Dans l'histoire des sténoses intestinales en général,il est un fait qui a été noté depuis longtemps : c'est l'augmentation de volume et d'épaisseur de la paroi d'intestin sus-jacent. J'ai essayé de préciser quelles étaient les conditions d'apparition de cette hypertrophie et quelle en était la nature.

a). J'ai vu, tout d'abord, qu'elle n'était nullement fonction du degré, du siège, de l'ancienneté de la sténose; une sténose extrinsèque, même très serrée, pourra ne pas la réaliser. Il faut, de toute nécessité,que la *muqueuse soit détruite*, lentement,comme dans les sténoses pariétales, ou brusquement, comme dans certaines sténoses extrinsèques produites très vite ; il semble y avoir entre l'hypertrophie et la lésion de la paroi un rapport intime.

b). Des examens histologiques m'ont montré, d'autre part, quelle était la nature de cette hypertrophie. Etablissant une analogie complète avec ce qui se passe pour le cœur, on était arrivé à dire qu'il s'agissait d'une hypertrophie vraiment compensatrice, due à une augmentation, en nombre et en dimensions, des fibres musculaires lisses, obligées d'avoir recours à un travail plus considérable.

J'ai pu voir que cette proposition n'était pas entièrement exacte ; l'épaisseur de la paroi est due surtout à une infiltration de tissu conjonctif jeune, infiltration partie de la lésion de la muqueuse elle-même et siégeant dans toutes les tuniques, principalement dans les tuniques sous-séreuse et sous-muqueuse ; *l'hypertrophie ne semble donc pas un fait physiologique, mais un fait pathologique*.

Cette infiltration est de nature banale, dans les cas de sténose réalisée par l'établissement d'un anus contre nature, par exemple; on peut voir sur la figure ci-contre,que l'épaisseur de la paroi est due à une infiltration énorme des tuniques précitées et non à une augmentation de la tunique musculaire. (Fig. 11).

S'agit-il d'une sténose tuberculeuse, l'infiltration revêtira les caractères d'une lésion tuberculeuse à des stades divers, et dans cette partie d'intestin que l'on pouvait croire saine, on rencontrera de très nombreuses granulations, dont quelques unes sont déjà ramollies à leur centre; c'est en somme un début de tuberculose ou une continuation de la lésion principale (fig. 12).

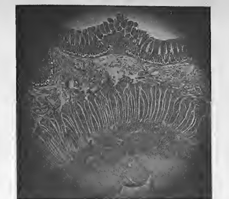


Fig. 11. — Segment sus-jacent à un anus contre nature d'origine herniaire, datant de deux mois. Macroscopiquement la paroi était épaissie. La tunique musculaire est de même épaisseur que celle du segment sous-jacent ; l'épaississement résulte d'une infiltration de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse.



Fig. 12. — Type d'infiltration tuberculeuse dans la paroi intestinale sus-jacente à une sténose tuberculeuse (prise à 6 centimètres de la lésion). La sous-séreuse et la partie la plus externe de la musculeuse sont représentées. Dans la sous-séreuse, infiltration énorme; deux tubercules en voie de formation; vaisseaux très dilatés.

Aussi, ai-je pu conclure, après l'examen de nombreuses pièces, que le segment sus-jacent à une sténose intestinale, dans les cas d'augmentation d'épaisseur de sa paroi, était *un segment malade*. Il s'en dégage une importante conclusion, au point de vue opératoire : c'est qu'il faudra faire porter une anastomose, reculer les limites d'une entérectomie bien au-dessus de lui, si l'on veut se tenir en tissu sain.

4. — DE L'EXCLUSION UNILATÉRALE DU GROS INTESTIN

a) **De l'exclusion unilatérale dans la cure des fistules pyo-stercorales** (En collaboration avec M. DELORE). — *Revue de Chirurgie*, mars 1901 (avec 3 figures).

b) **Deux cas d'exclusion unilatérale dans les tumeurs malignes du gros intestin** (En collaboration avec M. CAVAILLON). — *Archives générales de Médecine*. — octobre 1903 (avec 3 figures).

Ces observations nous ont servi à discuter la valeur de l'exclusion unilatérale ; nous pensons que le terme doit être maintenu avec toute sa signification, lorsque l'on fait une implantation terminale de l'iléon dans l'S iliaque ou le colon descendant ; l'intestin grêle étant implanté partout ailleurs, le reflux des matières est fatal, il n'y a pas exclusion. Dans les quatre observations ci-dessus, le reflux n'a pas eu lieu.

a) Deux fois, il s'agissait de fistules cœcales pyo-stercorales, observées dans le service de M. Poncet ; la guérison a été complète dans un cas ; la malade n'a pas eu de diarrhée.

b) Deux fois, il s'agissait de néoplasme (colon ascendant et S iliaque). M. Jaboulay fit l'exclusion unilatérale ; le reflux ne se produisit pas ; les malades eurent, par contre, une diarrhée presque incoercible.

Il est impossible encore à l'heure actuelle de se prononcer sur la valeur définitive de cette méthode ; le reflux des matières nous a été signalé par le professeur Le Dentu, dans des cas analogues. Néanmoins, nous pensons que cette opération soustrait la lésion, mieux que l'entéro-anastomose simple, au contact des matières et qu'elle peut rendre des services dans le traitement des lésions inextirpables fistuleuses ou néoplasiques du cœcum et du gros intestin.

D. — APPENDICE CŒCAL. — CŒCUM

1. — ABCÈS APPENDICULAIRES

a) **Appendicite herniaire**. — *Société des Sciences médicales*, 13 décembre 1899.

b) **Abcès appendiculaire du type antéro-inférieur; ouverture par voie sous-péritonéale. Guérison.** — *Société de Médecine*, 16 novembre 1903.

c) **Abcès pelvien appendiculaire ouvert par le rectum.** — *Société de Médecine*, 21 janvier 1903.

d) **Abcès pelvien appendiculaire; drainage abdomino-rectal.** — *Société de Médecine*, 15 juin 1903.

e) **Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire, en particulier par l'incision rectale** (En collaboration avec M. le professeur agrégé Bérard). — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, octobre 1903 (pages 869-910).

Ces différents travaux ont trait à un grand nombre de types anormaux d'abcès appendiculaires; mais mon attention a été particulièrement attirée sur les abcès pelviens, si fréquents au cours de l'appendicite. Je leur ai consacré, avec M. Bérard, un long mémoire, dont les conclusions, au point de vue anatomo-pathologique et thérapeutique, sont les suivantes :

A. — Il existe plusieurs types d'abcès pelviens :

Les *abcès pelviens supérieurs*, siégeant primitivement au niveau du détroit supérieur et devenant pelviens au cours de leur évolution ;

Les *abcès pelviens inférieurs*, ceux-ci franchement et primitivement pelviens, siégeant dans le cul-de-sac de Douglas; ce sont les plus fréquents ;

Les *abcès intermédiaires*, affectant des modalités très diverses ils sont le plus souvent en bissac et siègent en même temps dans le pelvis et dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, parfois même dans les deux ; mais on peut voir les irradiations les plus diverses d'abcès primitivement pelviens.

B. — Dans un chapitre de thérapeutique nous avons longuement discuté et mis en parallèle les principales méthodes utilisées pour l'ouverture de ces collections.

La voie haute (*voie abdominale*) est insuffisante, car le drainage est mal fait, et, de plus, dangereuse, si l'abcès est uniquement pelvien. Aussi on a eu recours aux voies basses.

Nous avons rejeté la *voie parasacrée*, dangereuse, malgré les assertions de Koch et de Pendl. La *voie périnéale* a été suivie 19 fois, elle semble moins utilisable que dans les abcès prostatiques et son emploi est plus compliqué que celui de la *voie vaginale* et de la *voie rectale*.

Ce sont ces deux méthodes que nous préconisons ; mais la voie vaginale n'est pas facilement appliquable chez la femme vierge et chez la nullipare. Aussi avons-nous soutenu la *voie rectale*, pratiquée en 1896, la première fois par M. Jaboulay.

Notre maître n'a cessé, depuis ce temps, de montrer la simplicité de sa méthode, son inocuité, ses bons résultats. Les 44 observations que nous avons rassemblées prouvent sa supériorité incontestable et font justice des accidents infectieux dont on l'avait rendue responsable, notamment du reflux des matières dans la poche que nous n'avons jamais vu, et qui n'a jamais causé d'accidents. On l'éviterait, du reste, en abaissant à l'anus la lèvre supérieure de l'incision et en créant un canal antérieur pour l'écoulement du pus, un canal postérieur pour les matières fécales (Jaboulay).

On pourra combiner l'incision iliaque à l'incision rectale (*drainage abdomino-rectal*) dans les cas d'abcès ilio-pelviens.

Cette méthode nous paraît donc devoir être admise d'une façon définitive lorsque le toucher rectal aura fait reconnaître, au début ou au cours d'un appendicite, un abcès appendiculaire saillant dans le rectum.

2. — **Débridement des cicatrices péritonéales et résection à froid de l'appendice.** — *Lyon Médical*, 1er octobre 1898.

3. — **Appendicite tuberculeuse totale aiguë et appendicite chez un tuberculeux.** — *Lyon Médical*, 30 décembre 1900

4. — **TUBERCULOSE ILÉO CŒCALE.**

a) **Tuberculose iléo cæcale. — Résection étendue de l'intestin.** — *Société des Sciences Médicales*, 28 octobre 1903.

b) **Tumeur tuberculeuse du cæcum. – Résection de 80 cm d'intestin** — *Soc. des Sciences Medicales*, 14 décembre 1903.

Pièces et malades présentés à la *Société des Sciences Médicales* ; il s'agissait de tumeurs mobiles que M. Jaboulay extirpa.

c) **Tuberculose limitée à la face postérieure du cæcum.** — *Soc. des Sciences Médicales*, février 1904.

Dans ce cas M. Jaboulay se borna à la laparotomie simple, qui eut sur la lésion une influence des plus heureuses.

E. — GROS INTESTIN. — PÉRITOINE

1. — **Occlusion intestinale par coudure de l'angle colique gauche** (En collaboration avec M. le professeur agrégé Bérard). — *Revue de Chirurgie*, 10 mai 1903, page 590, 616, avec 4 figures.

A propos d'une malade opérée par M. Bérard et dont nous rapportons l'observation, nous avons cherché s'il pouvait exister, au niveau de l'angle gauche du côlon, des *occlusions sine materia* dues à la seule disposition de l'intestin à ce niveau.

Les études anatomiques et physiologiques que nous avons faites, nous permettent de confirmer cette opinion, émise par le professeur Terrier. Nous avons vu que dans les cas où le ligament phrénocolique était réduit à un seul faisceau, la coudure était très brusque et, la ptose du côlon transverse venant exagérer encore cette disposition, il pouvait en résulter des embarras stercoraux, aboutissant parfois à l'occlusion (Fig. 13 et 14).

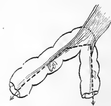


Fig. 13. — Le ligament phréno-colique a une disposition normale; on voit qu'en cas de ptose du transverse, le coude formé au niveau de l'angle colique gauche est atténué.

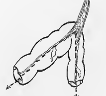


Fig. 14. — Le ligament phréno-colique est réduit à un seul faisceau; la coudure est très brusque (cas favorable à l'occlusion essentielle).

Au point de vue symptomatique, on peut avoir deux types cliniques.

L'un chronique, caractérisé par des digestions pénibles, entrecoupées d'accès d'obstruction avec douleur persistante dans la région de l'angle gauche.

L'autre, plus aigu, avec le tableau de l'occlusion du gros intestin, au milieu duquel un seul signe peut éveiller l'attention : la constatation de la douleur à l'angle gauche et aussi l'aspect du météorisme plus marqué dans les parties supérieure et droite de l'abdomen.

Seule, la laparotomie pourra fixer le diagnostic.

Dans notre cas, M. Bérard a pratiqué avec succès la *colopexie* du colon transverse, dans le but de redresser la coudure du gros intestin. On pourra faire aussi, en même temps, l'anastomose du côlon transverse avec le côlon iliaque : c'est même la méthode idéale, lorsque les phénomènes d'occlusion ne sont pas trop accusés pour permettre sans danger l'établissement d'une anastomose.

2. — **Traitement de l'anus contre nature** (En collaboration avec M. Delore.) — *Société des Sciences Médicales*, 27 mars 1901. — *Revue de Chirurgie*, mai 1901, p. 689, 703, avec 9 figures.

Nous avons comparé, dans ce travail rédigé sous l'inspiration du professeur Poncet, les différentes méthodes utilisées dans la cure de l'anus contre nature, et nous avons vu que, rarement, les opérations extra-péritonéales (suture, avivement) étaient suivies de succès. Aussi, a-t-on recours, aujourd'hui, le plus souvent à des *opérations intra-péritonéales* qui permettent de se rendre compte de l'état des parties malades et de les traiter en conséquence.

L'*entéro-anastomose simple* peut-être condamnée comme étant une opération insuffisante, car le passage des matières s'effectue encore par la plaie.

Deux procédés sont applicables :

On peut utiliser l'*entérorraphie latérale*, lorsqu'il s'agit d'un segment du gros intestin, où le rétrécissement est peu à craindre, ou lorsque des applications préliminaires de l'entérotome, suivant la pratique du professeur Le Dentu, ont détruit l'éperon et rendu à l'intestin grêle son calibre primitif.

On peut faire aussi, et plus souvent, l'*entérectomie* qui enlève tout le segment d'intestin malade et permet l'anastomose entre deux parties saines d'intestin. 23 observations que nous rapportons ont donné trois morts, qui tiennent à des défauts de technique des premiers opérateurs. C'est à l'emploi de cette dernière

opération que nous concluons, dans la majorité des cas. L'*exclusion bilatérale* pourrait, à la rigueur, être pratiquée, si l'on est dans la nécessité d'aller plus vite ou en présence de lésions adhérentes dont l'extirpation paraîtrait très dangereuse.

3. — **Occlusion du gros intestin par bride. — Éviscération totale. — Guérison.** — *Société des Sciences Médicales*, 25 avril 1900. — *Gazette hebdomadaire*, 13 mai 1900.

Rapport d'une observation, avec présentation de la malade, chez laquelle M. Jaboulay fit une éviscération totale, dans un cas d'occlusion du gros intestin par une bride, qui sectionnait sa paroi. Guérison complète. Avec l'anus contre nature, la bride aurait sectionné assurément l'intestin ; sans l'éviscération, la découverte de l'obstacle aurait été longue, sinon impossible.

4. — **Rupture du mésentère dans les hernies étranglées** (En collaboration avec M. Thevenot). — *Archives provinciales de Chirurgie*, mai 1901.

5.— PÉRITONITES TUBERCULEUSES

a) **Péritonite tuberculeuse annexielle ; laparotomie. Guérison.** — *Société des Sciences Médicales*, 4 mars 1903.

b) **Péritonite tuberculeuse annexielle ; ouverture d'un abcès pelvien par le vagin.— Guérison.**— *Société des Sciences Médicales*, 30 novembre 1903 et Thèse de Beau, Lyon, 1902-1904.

J'ai, au cours de ces observations, mis en relief quelques idées que le Pr Jaboulay a souvent signalées dans son enseignement :

a) Fréquence de l'origine annexielle de la tuberculose péritonéale chez la femme.

b) Possibilité d'évacuer soit un abcès, soit l'ascite, par le cul-de-sac de Douglas, avec des résultats analogues a ceux que donne la laparotomie.

c) Nécessité de faire la simple ouverture du péritoine ou l'incision seule de la paroi abdominale, dans les cas où l'on fait la laparotomie, sans pratiquer d'autres manœuvres sur l'intestin ou sur le péritoine.

6. — PROLAPSUS DU RECTUM

Observations de la thèse de Lenormand, Paris 1902-1903.

Guérison d'un prolapsus du rectum, consécutif à l'incision d'une fistule anale, par la périnéorraphie postérieure. (Thèse de Levesy, Lyon, 1903-1904).

IV. — ORGANES GÉNITO-URINAIRES

A. — APPAREIL URINAIRE

1. — **Traitement chirurgical des néphrites (à propos d'un cas de néphrite unilatérale, traitée par la capsulectomie).** — *Annales des organes génito-urinaires*, septembre 1903.

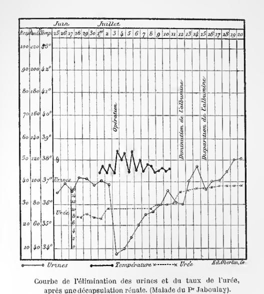
J'ai publié cette observation, en collaboration avec M. Cavaillon comme document au traitement chirurgical des néphrites; la malade, une femme âgée de 44 ans, avait une néphrite chronique unilatérale, à type néphralgique. M. Jaboulay pratiqua la libération des adhérences, décapsula le rein et enleva la capsule; l'albumine avait disparu, quinze jours après l'intervention; l'urée reprenait son taux normal, ainsi que la quantité des urines.

A propos de ce succès, j'ai rappelé comment, après les travaux de Harrison, de Pousson, de Rovsing, après les tentatives nombreuses d'Edebolhs, on en était venu à opérer les néphrites.

L'intervention est logique, car la thérapeutique médicale est souvent impuissante et, de plus, il existe des néphrites unilatérales, des néphrites atypiques, des néphrites de cause mécanique, dues, comme l'a montré Edebolhs à un simple vice de position du rein, et cessant après la néphropexie.

Le rôle de la capsule a été diversement interprété; avec Edebohls et M. Jaboulay, d'après les expériences de notre collègue M. Gayet, la capsule isole la circulation rénale des circulations voisines; le rein scléreux se meurt d'anémie; d'où l'espoir, par la capsulectomie et les adhérences périphériques qui en résultent, de rétablir cette circulation, sinon tout entière, du moins en partie Ce mode d'action de la capsulectomie n'est peut-être pas le seul qu'il faille invoquer, et M. Jaboulay pense que les tiraillements exercés, pendant l'opération, sur les plexus sympathiques entourant l'artère rénale, ne sont pas étrangers aux améliorations constatées.

Sans doute, beaucoup de points sont encore obscurs dans cette question; à la pratique, de préciser les formes de la maladie, les



Courbe de l'élimination des urines et du taux de l'urée, après une décapsulation rénale. (Malade du Pr Jaboulay).

indications des interventions ; néanmoins, il semble qu'il faille continuer dans cette voie ; les résultats qu'ont obtenus Edebolhs, Rovsing, Pousson, l'observation que nous publions, sont des plus encourageants.

2. — **Kyste de l'ouraque, en communication avec la vessie ; incontinence d'urine ; ouverture de la poche. — Guérison.**— *Revue des Maladies de l'enfance*, février 1904.

Il s'agissait d'un cas très curieux de dilatation de l'ouraque, qui était entré en communication avec la vessie, et qui remontait jusqu'à l'ombilic prêt à réaliser la fistule ombilico-vésicale. L'enfant, âgé de 3 ans, avait une incontinence d'urine permanente et présentait une tuméfaction sous-ombilicale volumineuse, médiane, adhérente à l'ombilic. La laparotomie fut faite, la poche vidée ; la communication avec la vessie fut constatée, et après fermeture de l'incision, je plaçai une sonde à demeure dans la vessie ; les parois de la poche kystique parurent s'adosser l'une à l'autre. L'enfant n'a plus d'incontinence, il conserve seulement un volumineux cordon de l'ouraque. La guérison date de plusieurs mois.

3. — **Exstrophie vésicale traitée par autoplastie.** — *Société des Sciences Médicales*, 23 mai 1898. — *Lyon Médical*, 1er juillet 1898.

Résultat autoplastique parfait obtenu par M. Vincent : l'incontinence persiste.

B. — ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

1. — **De l'anurie au cours du cancer de l'utérus et de son traitement par la néphrostomie.** — *Société des Sciences Médicales*, 8 mai 1901. — *Revue de Chirurgie*, 10 août 1901.

J'ai essayé, tout d'abord, au cours de cette etude inspirée par le Pr Poncet, de préciser quelques points encore obscurs du *mécanisme de l'anurie*, si fréquemment observée au cours du cancer de l'utérus. M'appuyant sur des observations anciennes et sur des autopsies de cancer de l'utérus, que j'avais faites, j'ai pu montrer :

a) Que le cancer du col, principalement les formes papillaire et liminaire, y était surtout exposé.

b) Que la compression pouvait s'effectuer par des ganglions dégénérés, mais plus souvent par des lésions secondaires du ligament large (de préférence les formes squirrheuses).

Dans un de nos cas, l'examen microscopique des deux reins a montré qu'il y avait des lésions bilatérales, alors que la compression de l'uretère était unilatérale ; ce fait semble fournir un certain appui à la théorie mécanique de l'anurie ; néanmoins, le réflexe réno-rénal, invoqué par le professeur Guyon dans l'anurie calculeuse, pourrait brusquer le début des accidents et avoir d'autant plus de prise et d'effet que le rein est plus malade.

Au point de vue thérapeutique j'ai de nouveau insisté sur la nécessité d'ouvrir, dans ces cas, les voies urinaires supérieures.

J'ai réuni huit interventions :

Deux *urétérostomies*, la première, faite par le Pr Le Dentu en 1889, la seconde, par le Pr Jaboulay, en 1892.

Six *néphrostomies*, faites depuis ; cette dernière opération, plus rapide est celle que l'on doit plutôt pratiquer. On a eu des survies variables, la plus longue étant de 60 jours ; néanmoins, c'est une opération logique, que l'on doit faire lorsque l'état général de la malade le permettra.

2. — **Calcul de la glande de Bartholin.** — *Société des Sciences Médicales, 22 novembre 1902.*

3. — **Vitriolage du mont de Vénus** (En collaboration avec M. Thevenot). — *Archives d'Anthropologie criminelle*, mai 1901

4. — **Tumeur maligne de la trompe droite.** — *Société des Sciences Medicales*, 23 octobre 1901.

5. — **Fibro-sarcome de l'ovaire droit tordu sur son pédicule ; extirpation.** — *Société des Sciences Médicales*, 23 octobre 1900.

6. — **Kyste parovarien hyalin.** *Société des Sciences Médicales* 13 juin 1900.

7. — **Néoplasme utérin avec hémorrhagie intra-péritonéale, simulant l'hématocèle.** — , *Province Médicale*, 3 novembre 1900.

Cas curieux d'une tumeur maligne vasculaire de l'utérus, dans laquelle une rupture très limitée produisit une hémorrhagie foudroyante intra-péritonéale.

8. — **Badigeonnage intra-utérin dans la cure de certaines formes de métrites.** — *Archives Provinciales de Chirurgie*, 8 juin 1899.

Travail rédigé sous l'inspiration et d'après la pratique de M. Vincent. J'ai montré que le badigeonnage simple de la cavité utérine convenait mieux que l'écouvillonnage et le curetage dans la plupart des métrites chroniques. car il ne fait que modifier la muqueuse utérine, sans la détruire.

9. — **FIBROMES UTÉRINS**

a). **Fibrome utérin interstitiel, sous-péritonéal enclavé dans le Douglas ; hystérectomie totale par le procédé américain.** — *Société des Sciences Médicales*, 2 novembre 1903.

b). **Goître polykystique, basedow fruste ; énucléation intra-glandulaire, Fibrome utérin ; hystérectomie subtotale américaine.** — *Société des Sciences Médicales*, 10 novembre 1903.

c). **Fibrome utérin, enclavé dans le petit bassin ; troubles urinaires ; hystérectomie abdominale totale, américaine** — *Soc. de Médecine*, 9 novembre 1903.

d). **Utérus fibromateux sous-péritonéal inclus dans le ligament large gauche : ovaire kystique double. — Hystérectomie subtotale américaine ; castration double.** — *Soc. des Sc. Medicales*, 25 novembre 1903.

Toutes ces pièces ont été présentées pour montrer que le procédé américain convient presque dans tous les cas de fibromes utérins, et que le procédé de Doyen ne peut être utilisé lorsque le fibrome est enclavé, ou, ce qui est fréquent, fait une saillie prononcée dans le cul-de sac postérieur.

V. — SQUELETTE. — MEMBRES

A. — SYSTÈME OSSEUX EN GÉNÉRAL

1. — **Nanisme insolite.** *Gazette hebdomadaire*, 31 mars 1901 (avec 3 figures).

Nanisme rachitique tardif. — *Revue d'Orthopédie*, mars 1902 (avec 5 figures).

J'ai rapporté, avec tous leurs détails, l'observation de deux nains, du service du Pr Poncet, et j'ai essayé de les ranger dans les classes de nanisme, admises jusqu'ici ; j'ai discuté longuement le diagnostic avec le nanisme achondroplasique, dont MM. Hergott et Marie venaient de publier les premières observations avec radiographies. Les deux observations que je signale appartiennent à des types non encore catégorisés.

Le premier de ces types paraît être consécutif à un arrêt de développement, de cause inconnue, portant sur la moitié inférieure du tronc. Le second peut être attribué au rachitisme tardif, dont l'existence est aujourd'hui bien démontrée. (Voir planche hors texte n° 1.)

2. — RHUMATISME TUBERCULEUX.

a) **Rhumatisme tuberculeux articulaire** (étude d'ensemble). — *Revue de Chirurgie*, décembre 1901).

b). **Tuberculose génitale avec poussées de rhumatisme articulaire aigu.** — *Société des Sciences Médicales*, 6 décembre 1899. — *Province Médicale*, 31 mars 1900.

c). **Rhumatisme tuberculeux chronique.** — *Gazette Hebdomadaire*. 2 janvier et 6 avril 1902.

d). — **Rhumatisme tuberculeux chez l'enfant.** — *Gazette des Hôpitaux*, 8 avril 1902.





Masson & Cie, Editeurs

Berthaud — Paris

e) **Rhumatisme tuberculeux vertébral.** — *Gazette Hebdomadaire*, 16 juillet 1902.

Au cours de mon internat, chez le Pr Poncet, j'ai étudié à plusieurs reprises certaines manifestations articulaires de la tuberculose, pouvant revêtir la marque du rhumatisme ordinaire. Ces manifestations se présentent sous forme d'*arthralgie*, de *pseudo-rhumatisme aigu*, *de pseudo-rhumatisme chronique*, de *rhumatisme déformant*, dont MM. Bérard et Destot ont démontré certains caractères radiographiques.

Nous avons soutenu, dans ces différents cas, l'opinion du Pr Poncet, qui admet que la tuberculose, maladie générale, se comporte comme la blennorrhagie au niveau des articulations ; la granulation, les fongosités ne sont pas des associées obligées de l'infection tuberculeuse, mais celle-ci peut se montrer avec des caractères anatomiques et cliniques variables suivant le degré de l'infection et la résistance de l'infecté ; l'arthralgie nous apparaît comme le terme le plus bénin, la tumeur blanche, comme l'expression la plus élevée de l'infection tuberculeuse au niveau des articulations et, entre ces deux extrêmes, il y a place pour une série d'intermédiaires dont nous avons indiqué quelques types.

B. — MEMBRE SUPÉRIEUR

1. — **De la rétraction isolée des muscles fléchisseurs des doigts** (En collaboration avec M. Viannay). — *Gazette des Hôpitaux*. — *Revue Générale*, 9 et 16 mai 1903.

Nous avons étudié, dans ce mémoire, à l'occasion de deux malades, observés dans le service du Pr Jaboulay, un syndrome sur lequel l'attention a été peu attirée en France et qui est constitué par un *raccourcissement permanent et définitif* de l'ensemble formé par la masse charnue des fléchisseurs des doigts et par leurs tendons. Il est caractérisé essentiellement par la *flexion permanente des doigts* dans la paume de la main ; mais celle-ci devient moins accusée si le poignet est fléchi, car dans ce cas les deux insertions musculaires sont rapprochées (fig. 00).

On peut observer ce syndrome dans deux ordres de circonstances bien différentes :

a) Tantôt, c'est le corps musculaire qui est détruit par une

affection inflammatoire survenue à son intérieur ou à son voisinage.

b) Tantôt, il y a eu seulement une lésion nerveuse ou même une lésion musculaire, non infectieuse (action de la bande d'Esmarch, paralysie ischémique de Volkmann) ; dans ce cas il s'agit plutôt d'une véritable *rétracture* (Jaboulay).

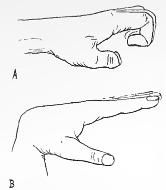


Fig. 15. — Syndrôme de la rétraction isolée des muscles fléchisseurs. A. Le poignet étant en extension, les doigts sont fléchis. — B. Le poignet étant en flexion, les doigts peuvent s'étendre.

Il est indiqué, dans cette affection, soit de rapprocher l'insertion supérieure du muscle de son insertion inférieure, soit d'allonger les tendons, soit d'essayer l'extension continue du muscle avec des appareils appropriés (appareil de Martin principalement).

2. — **Luxation ancienne du radius.** — *Société des Sciences Médicales*, 19 décembre 1902).

3. — **Chondrome de l'omoplate. Résection partielle de cet os.** — *Lyon Médical*, décembre 1903 ; *Th. de Clarion*, Lyon, 1903-1904.

4. — **Tuberculose mutilante des doigts ; adénite extra-axillaire** (En collaboration avec M. Thevenot). — *Arch. Provinciales de Chirurgie*, 1904.

5. — **Traumatisme de la partie supérieure du thorax ; paralysie radiculaire inférieure.** — *Société de Médecine*, 2 décembre 1903.

C. — MEMBRE INFÉRIEUR

1. — **Ankylose de la hanche; phénomènes de compensation dans le membre inférieur** (En collaboration avec M. CAVAILLON). — *Société des Sciences Médicales*, février 1904. — *Revue d'Orthopédie*, mai 1904 (avec 8 figures).

Dans cette étude, basée sur quatre observations d'ankyloses de la hanche, produites dans une attitude suffisante pour permettre la marche, nous avons particulièrement insisté sur un certain nombre de phénomènes qui se passent dans les segments sous-jacents du membre inférieur et qui ont pour but de rendre à ce dernier une partie de ses fonctions. Ces modifications, sur lesquelles M. Jaboulay a attiré notre attention, sont à la fois d'ordre anatomique et d'ordre fonctionnel.

a) Les *modifications d'ordre anatomique* rendent au sujet une base de sustentation suffisante. — Le *raccourcissement* est compensé par l'équinisme.— L'*inversion du membre*, par la rotation en dehors du tibia et surtout par un genu valgum en général d'origine fémorale. — La *flexion*, qui tendrait à porter en avant le centre de gravité du corps, est compensée par l'ensellure lombaire et aussi par la production d'un *tibia recurvatum*.

b) Les *modifications d'ordre fonctionnel* donnent au sujet la possibilité de rendre à son membre inférieur une partie de ses mouvements. — *Au niveau du genou*, il se produit des mouvements de rotation, parfois très accusés et, le tibia étant déjeté en dehors alors que la cuisse est reportée en dedans, la région du genou prend une forme spéciale, *le genou en baïonnette*, dont la partie intermédiaire est constituée par le ligament rotulien et la rotule, oblique en bas et en dehors. — Il en est de même *au niveau des articulations du pied*, qui deviennent d'une souplesse remarquable. Si bien que le malade, dont les mouvements de rotation sont entièrements supprimés dans la hanche, peut facilement reporter son pied en dehors.

Il résulte de ces différentes considérations qu'il s'établit un fonctionnement largement suffisant dans le membre inférieur et que toute intervention qui se proposerait de donner au fémur une direction parfaitement rectiligne nuirait plutôt à son fonctionnement. L'intervention, dans les ankyloses de la hanche, ne doit se faire que si l'ankylose est dans une position très défectueuse, ou bien avant qu'elle ait laissé aux phénomènes de compensation le temps de s'installer d'une façon définitive.

2. — **Arthropathie nerveuse du pied traitée par la résection** (En collaboration avec M. Cavaillon). — *Nouvelle Iconogr. de la Salpetrière*, juillet 1903, avec 2 figures.

Nous avons rapporté l'observation peu commune d'une ostéo-arthropathie nerveuse infectée du pied, d'origine tabétique, pour laquelle M. Jaboulay dut pratiquer l'ablation de l'astragale et la résection du plateau tibial. L'opération fut faite sans anesthésie, la sensibilité de ce sujet étant très amoindrie du fait de la lésion médullaire; il ne ressentit même pas le contact des instruments. Le résultat fonctionnel est parfait. (Voir planche hors texte nº 2.)

Nous avons signalé les quelques observations semblables qui se trouvent dans la science et, de leur analyse, nous avons conclu que la résection ne devait se faire que dans les cas de lésion infectée, avec hypertrophie du tissu osseux. En dehors de là, l'intervention sanglante n'a rien donné.

3. — **Amputations partielles du pied avec conservation des malléoles** *Soc. des Sc. Médicales*, 21 mars 1900 — *Lyon Medical*, mai 1900.

J'ai signalé, au cours de cette étude, la possibilité après une amputation partielle du pied (Pirogoff, Pasquier-Lefort) ou même après un Chopart suivi d'ablation de l'astragale, de refouler toute une partie du calcanéum dans la mortaise tibio-péronière laissée intacte. Cette *amputation tibio-calcanéenne*, pratiquée dès 1891, par M. Jaboulay (*Revue d'Orthopédie*), donne un excellent point d'appui et surtout une solidité plus grande au membre inférieur; l'avivement des surfaces osseuses, leur enchevillement, toutes manœuvres qui ont été pratiquées, semblent devoir être abandonnées.

4. — **Fracture ancienne de l'astragale; pied bot névritique. Amputation de jambe; névrite du moignon** (En collaboration avec M. le professeur agrégé Bérard). — *Société de Chirurgie de Lyon*, mai 1903. — *Revue d'Orthopédie*, mars 1904 (avec 5 figures).

C'est une complication très rare des fractures de l'astragale qui fait l'objet de ce travail. Le malade, âgé de 45 ans, avait subi, vingt-ans auparavant, un traumatisme qui avait écrasé son astragale ; au cours de la consolidation le nerf tibial postérieur avait été comprimé par le cal, il en était résulté un pied bot accompagné de troubles trophiques graves qui ont nécessité l'amputation de jambe au lieu d'élection. La pièce a été disséquée et nous rapportons soigneusement son étude. (Voir planche hors texte nº 3.)

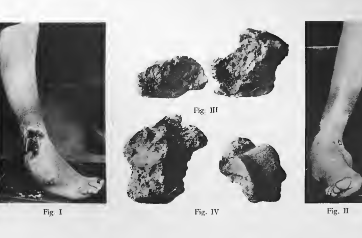


Fig. I

Fig. III

Fig. IV

Fig. II

Masson & Cie, Editeurs

Phototypie Berthaud, Paris

Le malade est revenu un an après à l'hôpital pour des phénomènes douloureux survenus du côté de son moignon et dus à la névrite ascendante. M. Jaboulay nous fit pratiquer des *injections rétro-rectales* pour agir sur le sympathique pelvien directement et indirectement sur la vascularisation et l'innervation du membre inférieur. Les douleurs et les spasmes cessèrent aussitôt ; l'ulcération est aujourd'hui complètement cicatrisée.

5. — **Lipomyxomes de la cuisse** (En collaboration avec M. Thevenot). *Revue Générale, Gazette des Hôpitaux*, 22 juin 1901.

Étude générale de cette variété de tumeurs, fréquentes à la cuisse, pouvant acquérir une grande malignité locale. Nous en avions observé quatre exemples dans le service du Pr Poncet. L'extirpation peut être rarement complète et, souvent des accidents infectieux consécutifs ont dû nécessiter l'opération radicale.

6. — **Deux cas de kystes poplités anormaux** (En collaboration avec M. Viannay). — *Revue d'Orthopédie*, mai 1903.

L'un de ces kystes siégeait dans la bourse séreuse intermédiaire au demi-membraneux et au demi-tendineux ; l'autre siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané et était simplement produit par un épanchement de sérosité produit dans une bourse séreuse superficielle de la face interne du genou ; nous en avons vérifié l'existence sur un grand nombre de sujets.

7. — **Hématomes de la saphène interne**. — *Province Médicale*, 21 juillet 1900.

8. — **Corps étrangers du genou**. — *Société des Sciences Médicales*, 24 décembre 1900.

9. — **Fracture de la rotule ; cerclage au catgut**. — *Société des Sciences Médicales*, 18 juillet 1900.

10. — **Décollement juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia**. *Société des Sciences Médicales*, 17 juin 1903.

Cas très rarement signalé ; on n'en trouve que quelques observations dans l'ouvrage de Poland et la thèse récente de Lièvre.

11. — **Empreintes plantaires dans la coxalgie et la luxation congénitale de la hanche**. — *Société des Sciences Médicales*, 26 octobre 1898.

Imp. P. LEGENDRE & Cie, 14, rue Bellecordière, Lyon